

KARTA INTERWENCJI* - WZÓR

część I

możliwe szczegółowy opis przypadku z podaniem w szczególności okoliczności, formy krzywdzenia osoby-osób krzywdzącej- krzywdzanych, świadków, innych dowodów

.....
.....
.....

- 1 imię i nazwisko dziecka
.....
- 2 osoba stosującej/ podejrzanej o stosowanie przemocy (imię, nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa)
.....
- 3 Osoba zawiadamiająca lub obecna przy sporządzaniu karty interwencji (imię, nazwisko, adres, telefon, stopień pokrewieństwa)
.....

część II

- 4 Kwalifikacja przypadku
 - Podejrzenie popełnienia przestępstwa
 - Przemoc domowa
 - Zaniedbanie
 - Inne formy krzywdzenia – jakie?
 -.....

część III

- 5 Działania podjęte wobec dziecka (*badanie, skierowanie na badania dodatkowe, pozostawienie w Szpitalu, obserwacja*)
.....
.....
- 6 Zakres interwencji:
 - zawiadomienie o podejrzeniu przestępstwa
 - wszczęcie procedury „Niebieskie Karty”
 - wniosek o wgląd w sytuację dziecka/rodziny
 - inny rodzaj interwencji, jaki?.....
.....

Osoba/y wypełniające i poświadczające realizację czynności na poszczególnych etapach:
data, imię, nazwisko, stanowisko i podpis osoby- osób:

część I :

część II :

część III :

**Integralną część Karty Interwencji, w zależności od podjętych działań stanowi:*

-Niebieska karta,

-Wniosek o wgląd w sytuację rodziny,

- Powiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa

Kolbuszowa, dnia r.

Zawiadamiający:
SP ZOZ W KOLBUSZOWEJ
UL. Grunwaldzka 4
36- 100 Kolbuszowa

.....
sygnatura:

**Prokuratura Rejonowa
w Kolbuszowej**
lub
**Komenda Powiatowa Policji w
Kolbuszowej**

ZAWIADOMIENIE O PODEJRZENIU POPEŁNIENIA PRZESTĘPSTWA

Działając w imieniu *SP ZOZ w Kolbuszowej* składam zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa (*wskazać nazwę lub opisać zdarzenie*) przez (*imię i nazwisko domniemanego sprawcy*) na małoletnim/małoletniej (*imię i nazwisko, data urodzenia*), zamieszkałego/zamieszkałej w (*adres*)

Uzasadnienie

W trakcie wykonywania przez (*imię i nazwisko pracownika podmiotu medycznego*) obowiązków służbowych polegających na (*np. prowadzeniu procesu diagnostyczno-terapeutycznego, procesu terapeutycznego, procesu usprawniania – rehabilitacji*) (*imię i nazwisko małoletniej*) – ujawnił/a on/a (*np. niepokojące treści dotyczące zachowań na tle seksualnym, zgłosił akt gwałtu, wykorzystania seksualnego*).

[*Opis zdarzenia, dalsze ustalenia: warto dodać kiedy i gdzie doszło do zdarzenia, czy byli świadkowie*]

.....
.....

Mając na uwadze powyższe informacje, a także dobro i bezpieczeństwo małoletniego/małoletniej, wnoszę o wszczęcie postępowania w tej sprawie.

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
nazwa i adres podmiotu, w którym
jest zatrudniona osoba wypełniająca
formularz „Niebieska Karta – A”

„NIEBIESKA KARTA – A”

W związku z powzięciem uzasadnionego podejrzenia stosowania przemocy domowej lub w wyniku zgłoszenia przez świadka przemocy domowej ustala się, co następuje:

I. DANE OSOBY/OSÓB DOZNAJĄCYCH PRZEMOCY DOMOWEJ

Dane	Osoba 1 doznająca przemocy domowej	Osoba 2 doznająca przemocy domowej	Osoba 3 doznająca przemocy domowej
Małoletni (Tak/Nie) ¹⁾			
Imię i nazwisko			
Imiona rodziców			
Wiek			
PESEL ²⁾			
Nazwa i adres miejsca pracy/ nazwa i adres placówki oświatowej, do której uczęszcza małoletni			
<i>Adres miejsca zamieszkania:</i>			
Kod pocztowy			
Miejscowość			
Gmina			
Województwo			
Ulica			
Nr domu/nr lokalu			
Telefon lub adres e-mail			
<i>Adres miejsca pobytu (jeżeli jest inny niż adres miejsca zamieszkania):</i>			
Kod pocztowy			
Miejscowość			
Gmina			
Województwo			
Ulica			
Nr domu/nr lokalu			
<i>Stosunek pokrewieństwa, powinowactwa lub rodzaj relacji z osobą stosującą przemoc domową: (np. żona, była żona, partner, były partner, córka, pasierb, matka, teść)¹⁾</i>			

niezaspokajanie potrzeb materialnych, niszczenie rzeczy osobistych, demolowanie mieszkania, wynoszenie sprzętów domowych oraz ich sprzedawanie i inne (wymień jakie)						
Przemoc za pomocą środków komunikacji elektronicznej ³⁾						
wyzywanie, straszenie, poniżanie osoby w Internecie lub przy użyciu telefonu, robienie jej zdjęcia lub rejestrowanie filmów bez jej zgody, publikowanie w Internecie lub rozsyłanie telefonem zdjęć, filmów lub tekstów, które ją obrażają lub ośmieszają, i inne (wymień jakie)						
Inne ³⁾ zaniedbanie, niezaspokojenie podstawowych potrzeb biologicznych, psychicznych i innych, niszczenie rzeczy osobistych, demolowanie mieszkania, wynoszenie sprzętów domowych i ich sprzedawanie, pozostawianie bez opieki osoby, która z powodu choroby, niepełnosprawności lub wieku nie może samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb, zmuszanie do picia alkoholu, zmuszanie do zażywania środków odurzających, substancji psychotropowych lub leków i inne (wymień jakie)						

V. CZY OSOBA DOZNAJĄCA PRZEMOCY DOMOWEJ ODNIOŚŁA USZKODZENIA CIAŁA? (TAK/NIE)¹⁾

Osoba 1 doznająca przemocy	Osoba 2 doznająca przemocy	Osoba 3 doznająca przemocy

Uwaga! W przypadku większej niż 3 liczby osób doznających przemocy dołącz kolejną kartę zawierającą Tabelę V

VI. CZY W ŚRODOWISKU DOMOWYM BYŁA W PRZESZŁOŚCI REALIZOWANA PROCEDURA „NIEBIESKIE KARTY”?

tak (kiedy?gdzie?)

nie

nie ustalono

VII. CZY W ŚRODOWISKU DOMOWYM AKTUALNIE JEST REALIZOWANA PROCEDURA „NIEBIESKIE KARTY”?

tak

nie

nie ustalono

VIII. CZY OSOBA STOSUJĄCA PRZEMOC DOMOWĄ POSIADA BROŃ PALNĄ?

tak

nie

nie ustalono

IX. CZY OSOBA DOZNAJĄCA PRZEMOCY DOMOWEJ CZUJE SIĘ BEZPIECZNIE? (TAK/NIE)¹⁾

Osoba 1 doznająca przemocy	Osoba 2 doznająca przemocy	Osoba 3 doznająca przemocy

Uwaga! W przypadku większej niż 3 liczby osób doznających przemocy dołącz kolejną kartę zawierającą Tabelę IX

X. ŚWIADKOWIE STOSOWANIA PRZEMOCY DOMOWEJ

ustalono - wypełnij tabelę

nie ustalono

Dane	Świadek 1	Świadek 2	Świadek 3
Imię i nazwisko			
Wiek			
<i>Adres miejsca zamieszkania:</i>			
Kod pocztowy			
Miejscowość			
Gmina			

Powiadomiono sąd rodzinny o sytuacji małoletniego			
Przekazanie formularza „Niebieska Karta – B”			
Inne (wymień jakie?)			

XIII. DODATKOWE INFORMACJE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

XIV. WSZCZĘCIE PROCEDURY „NIEBIESKIE KARTY” NASTĄPIŁO PRZEZ (zaznacz w odpowiednim miejscu znak X):

Pracownika socjalnego jednostki organizacyjnej pomocy społecznej	
Funkcjonariusza Policji	
Żołnierza Żandarmerii Wojskowej	
Pracownika socjalnego specjalistycznego ośrodka wsparcia dla osób doznających przemocy domowej	
Asystenta rodziny	
Nauczyciela	
Osobę wykonującą zawód medyczny, w tym lekarza, pielęgniarkę, położną lub ratownika medycznego	
Przedstawiciela gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych	
Pedagoga, psychologa lub terapeuty, będących przedstawicielami podmiotów, o których mowa w art. 9a ust. 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej	

.....
imię i nazwisko oraz czytelny podpis osoby wypełniającej
formularz „Niebieska Karta – A”

.....
(data wpływu formularza, podpis członka Zespołu Interdyscyplinarnego)

¹⁾ wpisać właściwe

²⁾ numer PESEL wpisuje się, o ile danej osobie numer taki został nadany. W przypadku braku numeru PESEL jest konieczne podanie innych danych identyfikujących osobę

³⁾ podkreślić rodzaje zachowań

zał. Nr 4 do SOM

.....
miejsowość, data

Do
Sądu Rejonowego
W
Wydział Rodzinny i Nieletnich

WNIOSKODAWCA:

.....
nazwa instytucji zgłaszającej adres i pieczęć instytucji

Uczestnicy postępowania:

imiona i nazwiska rodziców małoletniego/ małoletnich, adres
dane małoletniego i data urodzenia

**WNIOSEK O WGLĄD W SYTUACJĘ DZIECKA
i wydanie odpowiednich zarządzeń opiekuńczych**

Wnoszę o:

- 1/ wgląd w sytuację małoletniej/go zamieszkałej/go
(imię i nazwisko dziecka)
w przy ul.
- 2/ wgląd w sytuację małoletniej/go zamieszkałej/go
(imię i nazwisko dziecka)
w przy ul.

UZASADNIENIE

w uzasadnieniu należy podać informacje pozyskane na temat ustaleń dotyczących krzywdzenia dziecka i jego okoliczności w tym osób dopuszczających się krzywdzenia, ewentualnych świadków i dowodów na potwierdzenie ww. okoliczności a także podjętych działań interwencyjnych w tym zakresie zawiadomienia innych służb

.....
imię i nazwisko osoby składającej wniosek

Załączniki:

- 1/ upoważnienie do reprezentacji
2/
3/ odpisy pisma

Oświadczenie o zapoznaniu się ze standardami ochrony małoletnich

w SP ZOZ w Kolbuszowej

Ja PESEL oświadczam, że zapoznałam/em się ze standardami ochrony małoletnich w SP ZOZ w Kolbuszowej oraz zobowiązuję się do ich stosowania i przestrzegania.

.....

podpis

załącznik nr 6 do Standardów Ochrony Małoletnich

Kolbuszowa, dnia

OŚWIADCZENIE

ja niżej podpisana/y..... PESEL

oświadczam że:

I. nie byłem/am skazana za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajowości lub przestępstwo z użyciem przemocy na szkodę małoletniego lub przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, wolności lub rodzinie i opiece na szkodę małoletniego lub przestępstwo z art. 189 a i 207 kodeksu karnego lub przestępstwa określone w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii i nie toczy się oraz nie toczyło się przeciwko mnie żadne postępowanie karne (w tym postępowanie przygotowawcze) ani dyscyplinarne w tym zakresie,

Ia. nie umorzono w stosunku do mnie warunkowo postępowania karnego w sprawach o przestępstwa określone w pkt I lub II,

Ib. nie orzeczono w stosunku do mnie środka zabezpieczającego w sprawach o przestępstwa określone w pkt I lub II

II. nie byłem/ byłem prawomocnie skazany w żadnym kraju za czyny odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziałach XIX, XXV polskiego kodeksu karnego, w art. 189A i 207 polskiego kodeksu karnego, polskiej ustawie o przeciwdziałaniu narkomani

IIa. nie wydano względem mnie innego orzeczenia, stwierdzającego że dopuściłam się ww. w pkt I lub II czynów zabronionych,

IIb. nie został na mnie nałożony obowiązek wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych na rzecz małoletnich

III. w ciągu ostatnich 20 lat zamieszkiwałam/em w

IIIa. Jestem obywatelem

IIIb. w nie przewiduje się wydawania informacji z rejestrów karnych uzyskiwanych do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi oraz nie prowadzi się rejestrów karnych

Oświadczam że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

REJESTR PRZYPADKÓW ZGŁOSZEŃ/ INTERWENCJI – WZÓR

Lp	Data podjęcia interwencji	Przesłanki do podjęcia interwencji	Nazwa komórki organizacyjnej	Wskazanie, kim jest dla dziecka osoba krzywdząca	Rodzaj podjętej interwencji	UWAGI
				-rodzic/opiekun prawny -inne dziecko -członek personelu -inny – proszę wpisać	- Zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa -Wniosek o wgląd w sytuację rodziny -Procedura Niebieskie Karty -Postępowanie dyscyplinarne (w przypadku personelu -inny – proszę wpisać	

Personel podlegający procedurze rekrutacji zgodnie z SOM

- higienistki szkolne, pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania,
- personel Działów Diagnostycznych, Rehabilitacji, Przychodni POZ i Specjalistycznych, Izby
Przyjęć i Oddziałów Szpitalnych,

- kierowcy pojazdów Stacji Dializ,
- psycholog, kapelan
- naczelną pielęgniarką, koordynator ds. ochrony małoletnich

**INFORMACJE I DANE KONTAKTOWE DO PODSTAWOWYCH
LOKALNYCH SŁUŻB POMOCOWYCH I INTERWENCYJNYCH**

Komendy Policji w Kolbuszowej, ul. Plac Wolności 1, tel. 17 2275-310

Prokuratury Rejonowej w Kolbuszowej, ul. Tyszkiewiczów 4, tel. 17 2271614

**Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, ul. 11-go Listopada 10, tel. 17 7445717
17 7445759 a poza godzinami urzędowania telefon interwencyjny: 691 162 010**

**Zespołu Interdyscyplinarnego ds Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie
w Kolbuszowej, ul. Obrońców Pokoju 21 a i ul. Ruczki 3, tel. 17 2271-133**

**Gminnej Komisji ds Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, ul. Obrońców
Pokoju 21a, tel. 17 2271-333 wew. 348**

Parafialny Zespół Caritas w Kolbuszowej, ul. Św. Brata Alberta 3, tel. 17 7100172

**Lokalnego Punktu Pomocy Osobom Pokrzywdzonym Przesłęstwem, ul. Św.
Brata Alberta 3 A, tel. 530 380 330**



116 111

Bezpłatny telefon zaufania dla
dzieci i młodzieży – czynny całą
dobę (24h).



116 123

Bezpłatny kryzysowy telefon zau-
fania dla dorosłych

Można dzwonić codziennie, od poniedziałku
do niedzieli (z wyjątkiem dni świątecznych!),
w godzinach 14.00-22.00



WAŻNE TELEFONY ZAUFANIA



800 70 22 22

Centrum Wsparcia dla osób w
stanie kryzysu psychicznego –
bezpłatny telefon czynny całą
dobę (24h)



800 120 002

Bezpłatny ogólnopolski telefon
dla ofiar przemocy w rodzinie –
Niebieska Linia – czynny całą
dobę (24h)

WERSJA SKRÓCONA SOM (przeznaczona dla małoletnich)

Jesteś tu ponieważ bo najprawdopodobniej potrzebujesz naszej pomocy. W naszej lecznicy pracują specjaliści który chcą Tobie pomóc w tym lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, psycholog, i in. Poniżej przedstawiamy część zasad którymi się kierujemy, abyś czuł się u nas dobrze.

Jeżeli o czym nie napisaliśmy a chciałbyś wiedzieć – zapytaj.

Jeżeli coś się Tobie u nas nie podoba – powiedz nam

i pamiętaj, że:

1. Możesz nam powiedzieć, jak powinniśmy się do Ciebie zwracać.
2. Masz prawo wiedzieć, jak nazywa się osoba, która Cię leczy i czym się zajmuje. Jeśli sama zapomni się przedstawić, możesz ją o to zapytać.
3. Jeśli czegoś nie rozumiesz lub nie wiesz, na czym polega Twoje leczenie, w jaki sposób przebiegać ma zabieg lub diagnostyka, a chcesz się tego dowiedzieć – pytaj śmiało! Postaramy się to wyjaśnić.
4. Będziemy Cię traktować z szacunkiem. Nie będziemy Ci mówić, że nie boli, jeśli może zabolec.
5. Chcemy, żebyś zawsze czuł/czuła, że Twoje zdrowie, potrzeby i uczucia są dla nas ważne. Jeśli chciał/a byś powiedzieć nam o tym, co Ci się podoba lub nie podoba w naszym zachowaniu, w poradni czy szpitalu – zrób to, postaramy się wysłuchać Cię z uwagą.
6. Będziemy starali się badać Cię delikatnie i dać Ci czas na oswojenie się z sytuacją. Czasem może to jednak nie być możliwe, jeśli będziemy musieli udzielić tej pomocy szybko z uwagi na Twoje zdrowie.
7. Jeżeli potrzebujesz przytulenia lub pocieszenia, możesz nas o to poprosić. Nie zawsze będziemy mogli dać Ci tyle czasu, ile potrzebujesz, ale będziemy się starać. Nie będziemy Cię przytulać bez Twojej zgody.
8. Będziemy starali się pytać Cię o zdanie w sprawach, w których możemy dać Ci wybór.
9. Jeżeli zostaniesz na noc w szpitalu, będziemy szanować Twoją potrzebę odpoczynku; postaramy się nie hałasować, nie razić Cię światłem i nie budzić kiedy nie będzie to konieczne.
10. Twoja mama, tata lub Twój opiekun może być z Tobą w szpitalu i zostać na noc, jeśli tego potrzebujesz.
11. Twoja przytulanka też, o ile nie jest zbyt duża i nie wydaje głośnych dźwięków.

O CZYM JESZCZE WARTO WIEDZIEĆ:

Jeżeli wydarzyło się coś, co Cię niepokoi, ktoś Cię skrzywdził lub przekroczył Twoje granice, możesz o tym powiedzieć pracownikowi medycznemu (np. lekarzowi, pielęgniarce) i poprosić o pomoc. Postaramy się rozwiązać ten problem w taki sposób, abyś był/a bezpieczny/a.

Czasem jesteśmy zabiegani i zmęczeni, możemy nie mieć czasu, aby z Tobą dłużej porozmawiać, bo czekają na nas pacjenci, którzy pilnie potrzebują naszej pomocy. Prosimy nie zniechęcaj się. W takiej sytuacji postaramy się wskazać Tobie kogoś, kto będzie mógł odpowiedzieć na Twoje pytania i zaopiekować się Twoim problemem.